

日本福祉大学社会福祉学部・日本福祉大学福祉社会開発研究所

『日本福祉大学社会福祉論集』第112号 2005年2月

痴呆症の高齢者を人として受け入れるために

--- 一人ひとりをどう捉えるか ---

北 村 育 子

はじめに

「ここはどこや。私の家はどこや。通りの端の家。ああ、何にもわからんようになった。お父さんにも、お母さんにも、長いこと会ってない。もう、死んでしもたんかな。ちょっとあんた、ここに座ってもええの？ 座らせてもらお。.....ここに泊まるには、お金がいるのやろ。(バッグを開けて) お金が入ってへん。私の家はどこですか。ああ、ここか。ここやな。さんのお部屋と書いてある。」これは、ある特別養護老人ホームで暮らすAさんが、日に何度となく口にすることばである。Aさんには見当識障害があり、この他にも、「誰かがトイレからペーパーを盗んで行った。」(食事のすぐ後に) ご飯を早く持ってきて。遅いな。」等々。何年もこのホームで暮らしているにもかかわらず、Aさんにとってそこは日に何度も見知らぬ場所となる。そして、不安に対する助けを職員に求める。

先日、Aさんの暮らすフロアの職員たちに、もし、自分が痴呆症になったら、当該フロアの利用者になってもよいかとたずねた。残念ながら、利用者になりたくないという答えの方が多かったが、利用者になってもよいとする理由と、利用したくないとする理由とを比べてみると、非常に興味深かった。それは、利用したくないとする理由が、生活のにおいがしない、レクリエーションや外出の機会が少ない、日課が決まっていて制約される、個室が少ない、など生活を取りまく物理的な環境面の課題が多かったのに対して、利用者になってもよいとする理由は、痴呆症である自分を受け入れてくれるからということと、それに関連するものが大半を占めていたからである。

利用したくない理由として挙げられた項目は、痴呆症の人々に対するケアの質を向上させる取り組みを行う場合に、まず考えることである。ところが、いざ自分がそこに入所するかと問われれば、そのような項目では判断しないということのようである。グループホームやユニットケアなど、特別養護老人ホームをはじめとする施設環境をいかにノーマルな状態、すなわち、我々が普段生活する家庭環境に近いものとするかということに大きな関心が寄せられているが、痴呆症の人々自身は、そのことにどれだけの価値を置いているのだろうか。痴呆症の人々が望むことも

我々と同じであって、環境面でのあれこれではなく、痴呆症である自分が自分自身として存在し続けられるかどうかということなのではないだろうか。

本稿では、高齢者介護施設で生活する痴呆症の高齢者と職員との関係を念頭に置き、職員がAさんのような痴呆症の高齢者を「痴呆症」として「名前のない状態」にしてしまうのではなく、個人として受け入れるためには、どのような側面に注目する必要があるかを検討する。

痴呆症の高齢者をどう捉えるか

高齢者に、記憶障害や混乱など、それまでとは異なる言動があらわれると、その人を痴呆症ではないかと疑う。身体的な不調が全くない状態で痴呆症の兆しが現れた場合は別として、高齢者の場合は、身体的な疾患、とりわけ脳梗塞などの脳血管に關係する疾患を持っている場合が多いため、相談を受けるのはまず、身近な医師ということになる。医学的なスクリーニングによって、痴呆症の原因を探すことになるが、痴呆症を引き起こす疾患は非常に多いうえに、痴呆症の人々に関わっていくうえでは、その原因を特定することにあまり意味はない。痴呆症は疾患名ではなく症状レベルの名称であり、記憶障害や見当識障害、また行動障害などがあらわれるが、そのあらわれ方も多様である。小澤（2003）は、「痴呆という生き方」を考える必要があるとし、痴呆を抱えて生きる生き方は、百人百様であり、それが精神症状や行動障害としてあらわれると述べている。そして、痴呆症の周辺症状は、医学的には原因となる疾患の副産物とみなされるが、痴呆ケアという立場からは、ケアの主な対象であるとする。

痴呆症は、残念ながら医学的に治癒させることはできない。その症状も徐々に進行する。そして、症状が改善されるのであれば、それは痴呆症ではないとするのが医学的な考え方である。これに対して、何らかの原因が特定できるものを除いて、痴呆症の大半は、老化と障害を持った身体で生きていくことの困難さに直面して行動障害を引き起こし、痴呆の生活が続くことによる結果として脳の萎縮や病変が生じるとする考え方がある（三好 2003）。痴呆症の人も社会生活を営む存在であることを無視して、痴呆の症状のみに目を向けることへの批判は、医学モデルへの批判として定着しつつあるが、その一方で、関係性の在り様や変化が、アルツハイマー病やピック病などを除き、痴呆性高齢者の症状、とりわけ行動障害のすべてを決定するとも言い難い。脳科学の分野においても、脳という物質と心のあいだには密接な関係があるとし、脳と心が別のカテゴリーに属しているという二元論の立場の限界と、主観が果たす役割の重要性が指摘されている（茂木 2003）。質の高いケアによって痴呆症の進行を遅らせることは可能であるが、失われた認知機能を回復させることは非常に困難である。心身機能の低下を追いながらも、社会生活面における他者との相互作用を維持できるような援助を行うことで、その人が最後まで個人としての特性を保ち続けることができるようにすること、すなわち、極端な医学モデルと極端な関係性モデルのあいだのいずれかの地点を、その人に合わせて柔軟に標榜することが重要である。先の小澤（2003）の考え方や Kitwood（1997）の personhood¹⁾の概念は、この線に沿ったものであると言

うことができる。

痴呆性高齢者の個人性を理解することの困難さ

痴呆症の人々が集まる場所に初めて足を踏み入れて感じられることを、一言で表現することは困難であるが、「この人たちは、私たちとは違う」という思いを誰もが持つ。この思いは、高齢者や痴呆症に関する予備知識をどれだけ持っていようと、おそらく関係がなく、初めて痴呆症の人と関わったさいに、誰の心中にも生じるものであろう。そして、予備知識が多いほど、その知識のありったけを動員して、その思いを表面化させないように努める。何か話しかけても、痴呆症ではない人に期待できるような答えは返ってこないが、失礼のないようにと、あたりさわりのない応答をする。しかし、それはコミュニケーションではない。表面的にはことばを交し合っているが、何も分かち合っているわけではない。痴呆症ではない訪問者が、痴呆症の利用者に「声をかけた」だけであり、「話をした」わけではない。

コミュニケーションが成立しなければ、痴呆症の相手を理解することはおそらくできない。また、コミュニケーションの成立していない状態を長く続けることは困難である。では、特養の痴呆フロアに働く職員であれば、良好なコミュニケーションを成立させることができるのかといえば、そうとは限らない。もちろん、環境面が整備されることによる、利用者の心身への影響は少なくない。居心地の良い場所では、そうでない所に比べて落ち着いて過ごすことができることは言うまでもない。また、職員の側に時間的な余裕が生じ、利用者を個人として受けとめることができるかもしれない。痴呆フロアの職員の数を増やし、ユニット化によって介護のための動線²⁾を短くすると、職員は、より多くの時間を利用者の傍らで過ごすことができるようになる。しかしそこでは、職員はもはや忙しさを言い訳にすることはできない。痴呆症の利用者と良好な関係を築くことができなければ、疎外を感じるのは職員の側である。

痴呆症の人を、その人自身として受け入れるためには、痴呆症の人を一人の「人」として認識することができるようになることが必要である。そのためにはやはり、各人の特徴やその人らしさを認識しなければならない。ところが、簡単にはそれができないことを Kitwood (1997) が指摘している。我々は、意図的ではないものの、高齢者一般を自分たちと同じ人であるとは考えない傾向がある。そこに痴呆症という要素が付加されれば、なおさらである。一般の人々が、痴呆性高齢者の個別性を意識することはほとんど不可能であるし、痴呆ケアに携わる職員たちでさえ、利用者一人ひとりの個人性を十分に認識しているとは言い難い。職員は、行動障害などの周辺症状が生じると、その症状のみに注目してしまい、それを抑えることに全力で取り組む。しかし、その人の生き方を知るためには、行動障害などの周辺症状が鍵となることも多い。そして、その人の生き方を知ることは、その人に関心を寄せることに他ならない。そこにはコミュニケーションが成立し、人と人との関係が成立する。このような関係が成立して初めて、痴呆症の人は、自分が個人として受け入れられていると感じるようになるだろう。痴呆症であることは、施設入

所の要件の一つであり、しかも、症状はかなり進行していることが多い。施設の職員が、施設では痴呆症の人々があるがままだに受け入れられていると感じているならば、それは痴呆症であることが、人としての価値を減じるものではないことを肌身で感じているということである。痴呆症であっても、その人の価値を保ち、個人として尊重するために焦点をあてなければならないいくつかの側面を以下に取り上げる。

痴呆症の人の個人性（その人らしさ）を成り立たせているもの

我々の社会は、認知機能と経済的な生産性に大きな価値を置いている（木下 1989）。認知機能が高いほど、そして、明快な精神を持って生産性が高いほど、その人に対する評価は高くなる。このような社会では、どれだけはっきりとした記憶にもとづいて合理的な思考ができるかによって、社会はある個人を別の個人と区別する。よって、Aさんのように見当識障害があり、もはや経済的に何の貢献もしないとみなされる痴呆性高齢者は、十把一絡げにされる。自己概念は、他者との相互作用を通じて、また、自身を他者と比較することによって自分自身の姿を修正しながらそれぞれの個人が作り出していくものであり、社会の文化や、集団に共通する一般化された態度によって影響を受ける。人は、自身の自己概念を形成するが、そのさい、他者からの承認や尊重が重要な役割を果たす。高齢者介護施設では一応、それぞれの利用者の個性を把握してはいるが、十分とは言えない人員配置の下では、Aさんの不安やいらだちに間髪おかずに対応することができるとは限らない。しかし、痴呆症の人々もまた人であることを否定しないなら、その人らしさを形成している諸側面が、痴呆症となることによってどのように影響を受けるのかを理解し、ケアに反映することはできる。その人らしいということがどのような側面によって構成されているかということについては、さまざまな考え方があり、永田（1999）は、その人らしさを尊重したケアとは、その人の自由な自己表現を可能とする自己決定にもとづいた個別化されたケアであるとともに、自己実現を目的としたケアであるとしている。また、Kitwood（1997）は、痴呆症の高齢者が持つ主な心理的ニーズの中核は愛であるとし、愛着を感じることができ、安心できること、社会的交流があること、アイデンティティを持っていること、生きていてもよいと感じられること、などをその要素として挙げている。

これらを参考とし、記憶するということが次第に困難になっていく痴呆症の高齢者のその人らしさを考えるさいに重要な項目として、まずその人の自己概念を、また自己概念に関連して自尊感情を取り上げる。そして、自己決定とそれに必要な感情の表出、ならびに、人生の発達課題とも関連する意味のある活動への従事と、死の受容について述べることにする。

1 痴呆症である現在の自己概念があること

医学モデルにもとづいて、痴呆症を脳の変化のみにもとづくものと考え、痴呆性高齢者は、人としての特徴を不可逆的に崩壊させていくことになる。それは、他者からみたその人の特徴が

徐々に失われていく過程であるばかりでなく、その人が自らの自己概念を喪失していく過程でもある。自分というものを持つことができなければ、思考や感情や行動のための場がない。そうすると、物事を認識することができないということでは済まないことになり、その人が身体だけの存在になってしまう。しかし、痴呆性高齢者と生活を共にする機会を持つ者は、決してそのようには感じない。痴呆性高齢者は豊かな自己概念を持っていることを、日々実感することができる。ただし、痴呆症になったことによってそれまでの自己概念がどのように変化したのかということについては、以前のその人を直接知る手だてがないこともあり、よくわからない。

我々は日常生活のなかで、自己を確認しながら生きている。そしてそれは、(1) 自分自身が過去から現在までの連続性を持つ独自の存在であると感じることと、(2) 社会や他者から承認された存在であると感じること、の二つの側面が大きな役割を果たしている (Killick & Allan 2001)。さらに我々は、親として、子として、友として、客として、患者として、などさまざまな役割を使い分けて生活しなければならない。また、友として親友に接するときの自分と、客として店員に接するときの自分とが、全く異なるということもあり、我々は、その時の気分によって、周囲の状況によって、その場その場で異なる自分を作り出していることを感じるのが普通である。その一方で、異なる役割をうまく演じることができない場合もある。子どもが独立することで、それまでの親としての役割がほとんどなくなってしまった女性の空の巣症候群など、自分のアイデンティティを新しい状況に合わせて変えることができないことも珍しくない。

痴呆症になると、一般に適切と考えられる自己を、役割や状況に応じて呈示することができなくなる。状況に適切に対処するためには相当な資源を必要とするが、痴呆症になるとその資源がだんだん少なくなっていく。そして、不適切な行動をしてしまったりする場合が出てくる。また、意図しない自己しか呈示することができなくなって、自分が自分ではないように感じられるかもしれない。痴呆症を、脳の変化によって引き起こされるものだと考えれば、行動障害をどうすることもできない。しかし、痴呆症の発症後に起きる適応力の変化と、それに伴う社会的相互作用の変化に焦点をあてることで、痴呆症の人々が果たす役割に対する新たな解釈が生まれる。

たとえば見当識障害は、脳の変化による中核症状として、痴呆症の人にさまざまなかたちであられる。特別養護老人ホームに入所している痴呆症の人と話をしていると、その内容が、現在の生活や、入所直前の生活のことである場合はあまり多くない。時と場所、そして人間関係を（正しく）認識することができていないのである。その人が30代、40代のときのことであったり、場合によっては、10代、20代のことであることも珍しくない。もちろん、思い出話として語られることもあるのだが、最近の出来事については話の内容に一貫性がなかったり、より以前の出来事と最近の出来事とが混在していたりすることが多い。これを、最近の記憶を無くしているとして片付けてしまわずに、痴呆症の人が、自分の経験の仕方を変えていると考えることも可能である。我々は、他者との関係によって常に変化し続けると同時に、あるものをあるものとして変わらず認識するしくみを持っている（茂木 2003）が、痴呆症の人は物事を、我々が記憶するようには記憶していないのではないだろうか。痴呆ケアに携わる者は、痴呆症の人が、自分自身の

核となるものの維持や変化について、どう感じているのか、またその経験をどのように表現しているのかを知ること努めることになるが、信頼できる他者として、その人がありのままの自己を呈示することができるようにするとともに、苦境のなかで自己概念を維持することもできるようにしなければならない。実際には存在していないことを現実だと感じることは、自分が一人の人間として存在していることを確認するというに他ならない。しかし、痴呆症の人々との有効なコミュニケーションの方法を我々はまだ持っていない。

1-(1) 自己概念の安定と変化

自分自身が独自性を持った存在であるという感覚は、いったん確立されると、時間が経っても保持される。過去のいろいろな出来事を振り返っても、他ならぬ自分がずっと存在し続けている。性質も、考え方も好みも、よほどのことがない限り、ほとんど変わってはいない。誠実であった人が、数年で全くあてにできない人物となってしまうようなことがあれば、驚くのはその人ではなく、おそらく周囲の人々であろう。我々は、時間が経てばいろいろなことが変化しても不思議ではないと思いつつ、人間については、その人らしさが長く保持されることを当然と考えている。しかし、ボーヴォワール(1970)が自らの老いを見つめて「自分が自分のままで違う存在になることができるのか」と、主観と現実の不一致を表現しているが、痴呆症の高齢者も、認知機能を失っていく現実に対する不安によって、行動障害を起こしたり、引きこもったりする。

また、痴呆症について家族や友人を困惑させるのは、その人がかつてのその人らしさを失ってしまったと感じられる場合である。横暴だった父親が、控え目な好好爺となる場合はともかく、その逆の場合は、家族にとってつらいことである。このような変化も、かつては脳の損傷によって引き起こされると考えられていたが、近年は心理社会的側面の関与する部分が大きいとされ、痴呆症の高齢者が感じているストレスや、気持ち、他者との関係の悪化や機会の減少などが、その人らしさの変化に影響していると考えられるようになっている³⁾。また、大きな人格の変化があったと家族が考える場合でも、痴呆ケアに携わる側からみると、家族のように大きな喪失感がないこともあり、その人なりの話し方や動作、ユーモアのセンスなどが保持されているのではないかと感じることも少なくない。

1-(2) 集団の一員としての他者からの承認

人が、自分自身を独自の存在であると感じることができるのは、他者がいるからである。日本人はとりわけ、自分の内部ではなく外部において、すなわち、人と人の間(人間)において自我を規定すると言われているが(浜口1982, 木村1972)、個人の独自性は、個人のなかからは生まれない。他者によって認められてはじめて、ある特徴はその人独自のものとなる。人は自分を、他者とのつながりにおいて規定している。所属の欲求は人間の基本的欲求の一つであるが、他者とのつながりを持つことは、個人のアイデンティティが創造され、維持されるための重要な方法である。人間には、集団の一員として他者から承認される欲求とともに一人でいる欲求もあるが、他者とのつながりがあるという感覚があってこそ、一人でいることを心地よく感じるができる。

高齢者のケアにおいては、個人をいかに尊重するか、個人の独自性をどう維持するかということが大きな課題となっている。同じつくりの四人部屋で寝起きし、何十人もの人が集まって同じものを食べ、毎日変わらぬ日課が繰り返されてきた状況においては当然のことである。またこれまでは、痴呆ケアに従事する人々でさえ、痴呆症の人々を、記憶や認知機能が衰えているために生活のすべてをケアする側が整えなければならない存在であるとして捉えてきた。そのような状況では、痴呆症の人々が個性を保持しているとは考えられていないため、それが尊重される余地もない。現在では、なるべく小さな単位で一人ひとりの個性が集団に埋没しないような取り組みが行われているが、自分の世界にだんだんと引きこもっていく痴呆症の人々は、他者からの評価を、鏡に映った自我 (Cooley 1902) として自己評価に反映することができない。そのため、痴呆症の人々が自分自身の個別性を認め、ケアする側もまたその個性を承認することができるような、有効なコミュニケーション技術が必要となる。

2 自尊感情の保持

我々は、自分自身を評価しながら生きている。自己評価は、自己イメージと密接に関連しており、自己イメージは、他者によるその人のイメージや評価と概ね一致する。いつもおどおどしているように見える人が、自分自身を押し出しのきく強い人間であると考えているとは考えにくい。他者による評価は、その人の自己イメージに影響を与え、自己イメージは、その人の人間関係のあり方に影響を与える。

自己評価に関連して、我々は自分自身に対して程度の差はあれ、自尊感情を持っている。自分に対する肯定的な評価や感情 (自尊感情・自信) がなければおそらく何事をも行うことができない。そして自信を持つことができれば自己評価を高めることができ、自己評価が高まれば、自信を持って事にあたることができる。自己評価と自尊感情・自信とは表裏一体である。自信があれば、いろいろなことに挑戦することが可能となり、成功の確率も高まる。成功をおさめることができれば自己評価が高まり、逆に自信が打ち砕かれると、自尊心も維持できなくなってしまう。

痴呆ケアにおいて、その人の自尊心を尊重し、高めることは重要である。痴呆症の人々も、自分を価値のある存在だと感じるができなくては、積極的に生きていくことができない。ところが痴呆症になると、記憶障害によってそれまでの自尊心を維持することができなくなるような出来事を数多く経験しなければならない。自尊感情には二つの側面がある。一つは、何かができることによる自尊感情であり、もう一つは、あるがままの自分に価値があると思える自尊感情である。我々は、ともすれば前者の自尊感情のみに焦点をあてがちであるが、後者の自尊感情が基礎になれば、前者の自尊感情は容易にその人の価値の否定につながる (高垣 2004)。また、自尊感情は他者との関係のなかから生まれるが、フロム (1947) は、我々が他者のみならず、我々自身を感情や態度の対象の対象としていると言う。他者に対する態度と自己に対する態度とはつながっており、他者を愛することができて初めて自己を愛することができ、自己を愛することができなければ、他者を愛することもできない。特別養護老人ホームには、比較的症状の進行した

痴呆症の人々が入所しているが、自分を価値のある存在だと感じるができなくなってしまう人は、自分を愛することができなくなる。痴呆症の人々は、次第に自分だけの世界に住むようになるが、他者への配慮が全くできなくなってしまうわけではない。しかし、自分の価値が失われてしまったと感じている人は、なさけなさ、やるせなさを、徘徊や妄想で表現しようとする。

痴呆症の人の自己評価は、ネガティブなものであることが多いにもかかわらず、痴呆ケアに携わる側は、痴呆症の人自身が保持したいと望み、他者によっても支持されるような、肯定的な自己評価に焦点をあてる傾向があるように思われる。それはこれまで、他者によって身体介護を受けなければならなくなった人の自尊感情を傷つけないようにしなければならないという、介護サービスの基本的な質の確保という要請があったからである。しかし今後は、自尊感情の保持に加えて、痴呆症となったことによって傷つけられた自尊感情の回復に焦点をあてていかなければならない。そのためには、痴呆症の人自身が、自分をとりまく世界を、痴呆症になったことによってどのように捉えるようになったかを知るための能力が求められる。

3 身体的自己概念の維持

身体は、その人の所有物ではなく、その人の一部である。身体は、その人の自己とは別に存在しているのではない。人は、身体を通して自分が世界に存在していることを認識する。身体は、自分を物理的に証明するものであり、身体を通して世界に働きかけることによって、我々は世界と自分自身とを区別することができる。

人の経験は、自分の身体についての感覚や、他者の反応などによって影響される。また我々は、人の性格や意図を、その外見によって判断する。自分を内面から捉えて「本当の自分」などと言うが、他者は、表現されたその人を捉えることしかできない（山田 2004）。さらに、一定の身体的外見をとることを、社会は奨励する。年をとった身体を、人々は社会によって奨励された身体とは異なるものと受けとめる。痴呆症の人々が、そうでない人々よりも、そのような社会からの要請を感じないかといえ、決してそのようなことはなく、むしろ、身体的な変化に痴呆症であることによる負担が加わると考えるべきである。痴呆症によって、身体的変化が加速されるかもしれない。

特別養護老人ホームで元気に生活している痴呆症の人の、発症前の写真を見ると、そこから現在のその人の特徴を見つけ出すことが困難であることがある。それは、単に年を取って容貌が衰えたということではない。その外見から受ける印象が、現在のその人の人物像とはかなり異なった人格を想像させることが少なくないのである。痴呆症がその人の記憶や五感に与える影響は、その人の身体的自己概念をも変化させているのではないだろうか。痴呆症になって人格が変わってしまったと家族が考える場合も、その要因は脳の中の変化だけでなく、それに伴うその人の身体感覚の変化、そしてその結果として生じる人間関係の変化にもあると考えた方がよいかもしれない。

痴呆ケアにおいて我々は、外見や言動から受ける印象によってその人の人物像を形成する。し

かしその人自身の身体感覚がどのようなものであるかということにまで、想像が及ばないことが多い。アルツハイマー病が進むと、鏡に映る自分の姿を自分とは認識できないと言われる。では、その人は、鏡の中に誰か他の人の姿を見れば自分だと言うであろうか。おそらくそのようなことはない。その人は「自分の顔」を持っていないのである。自分の顔を持たずに生きるということがどういうことなのか、我々はほとんど理解することができていない。顔を持っていなくても、首から下の身体はあるのだろうか。それもなければ、自分のイメージが全くないのだろうか。痴呆症の経験を理解することは、容易ではない。

4 感情の表出

高齢者には、些細な出来事にも涙もろくなったり、突然怒りだしたり、逆に無感動になってしまったりして、感情が不安定になる傾向があると言われる。精神医学的には、行動や心的体験を伴ってあらわれる快、不快、喜怒哀楽などといった自分自身の状態に関する意識を感情と呼ぶ。痴呆症の人々には感情の異常がみられるとされ、アルツハイマー病初期の不安、抑うつ、興奮、病の進行による道德感情の低下、それに伴う弄便などの不潔行為などが例として挙げられる。また、ピック病などでは行動異常、易刺激性、多幸、感情鈍麻が、脳血管性痴呆では抑うつ状態や感情の統制が失われた情動失禁がみられるとされる。

痴呆症になって認知力が低下し、記憶が失われても、痴呆症の人々が豊かな感情をほぼ最後まで維持し続けることは、痴呆症の人々と継続的な関係を持つ者にとっては否定することのできない事実である。フェイル（2001）が強調するように、痴呆症の人々にとって、感情は重要な役割を果たしている。痴呆症でない人は、記憶力と認知力に頼って生活しているが、痴呆症の人々は、それらに頼ることができない分、感情を表に出さざるを得ない。人を評価する基準が、認知力に基づいている社会においては、感情に頼って生活する人の評価は低い。そして、感情による表現が世間一般において普通とされる程度からはずれると、それは痴呆症状であると説明される。しかし、感情の表出を制限されたり拒否されたりすると、その感情は、ユングが言うようにより強くなり、ことばによるコミュニケーションが次第に困難になる痴呆症の人々は、周囲の人々には受け入れがたい行動によってそれを表出することにもなる。

人の価値が認知力にもとづいて評価されるとしても、感情に訴えるものが何もない状態で、我々は生きることができない。脳卒中の手術が成功したからといって、また配偶者が亡くなったといって、何の感情も伴わないとすれば、それらの事実は本当に回復や死別という意味をなすだろうか。喜びや悲嘆が付加されてこそ、人生における出来事となる。強い感情は、身体的健康を損なうことがあるかもしれないが、感情がなければ、生きているとは言えない。感情は、その人だけが感じるものであるが、「気持ちかわかる」と言われるように、ある程度はそれを共有することができる。しかし、認識を重視する世界では、感情は信頼のおけないものとされ、痴呆症の人の気持ちを理解する努力は、記憶力の保持や日常生活動作能力の維持に比べて、根拠のないものとして正当に評価されない傾向がある。

5 自己決定

5 - (1) 好みを表明すること

痴呆症と診断されるとまず、日常生活上のあらゆることに関する意思決定が、本人以外の者によって行われることが多くなる。痴呆性の高齢者は、詳細な説明を理解することができないし、自分の意思を伝えることも十分にはできないため、それを誰かが代わって行う必要があるのだと判断される。そして、本人がそのことをどう感じたのか、そしてそれをどうしようと考えているのか、すべてが無視されることになる。痴呆症が徐々にその人の能力を奪っていくことを否定することはできないが、残存能力が尊重されなければならないという理念が強調されているにもかかわらず、痴呆症という診断が下った時点以後、その人の生活能力は、過小評価されがちとなる。その人の財産や権利を保護しなければならないのは無論であるが、たとえば、施設に入所して財産をはじめとする重大な権利が基本的に確保された状態になって以後の、日常生活上の細々とした場面における意思決定の尊重については、まだまだ改善の余地がある。最近では、医療の世界においても、植物状態をコミュニケーション障害であるとする考え方も出てきている（西村 2001）が、「身体だけは生きている」という Kitwood（1997）の警告を完全に過去のものとすることはできていない。

痴呆症の人々の社会関係に焦点をあてた援助を行うためには、痴呆症の人を対象としてみるのではなく、その人との対等な関係を形成しなければならない（Post 1995）。痴呆症については、家族の会などを通して啓発が行われており、痴呆性である本人の気持ちの代弁も行われている。そのような活動を通して、痴呆症の人々自身の思いを知ることができるが、その声の多くは、代弁する家族の声を通したものである。最近では、痴呆症の人々、とりわけアルツハイマー病の初期で、その言語能力を保持している人々による啓発が大きな貢献をするようになり、ボーデン（1998）は、本人の意思の確認を訴えている。また、痴呆症状が進行しても、その感情は変わりなく表現されるが、そのことを認識しつつも、ケアにあたるさいには、あたかも痴呆症によってその人が別の存在になってしまったかのように、何かを押し付けたり、領分を侵害したりしてしまうことがある。その理由を考えると、やはり我々は、痴呆症の人々が何を必要としているのかを探ろうとし、そのニーズを充足するためと言いながら、痴呆症の人々を自分たちとは異なる存在として捉えているということがある。

場合によっては、意思決定を求めることによって、痴呆症の人が不安を感じたり、そのために、混乱して暴れたり不適切な発言をしたりすることがあるかもしれない。過去にそのような経験をしたことのある家族にとって、同じ状況が起きるかもしれないという不安は大きい。家族は、自分には無関係だと言って決定を先延ばしにすることはできないし、だからと言って、痴呆症の人を混乱させたくもない。しかしそれでも、本人の選択の機会を奪ったり制限したりすることを正当化すべきではない。

日常生活において、食事をとるか取らないか、何を食べるか、どの程度の量を食べるか、何時に食べるか、などを我々はいつも自分で決めている。もし自由に決めることができなくなった時

のことを想像すると、そのような些細とも言える事柄を決定することができるだけで、自分が独立した存在であると感じることができるということを理解することができる。また、人は皆、好き・嫌いの好みを持っているが、好みは、一生変わらないものもあれば、変化するものもある。痴呆症の人々にももちろん、自分の好みを変える権利がある。痴呆ケアにあたっては、その人の生活歴を調べたり、好みに関する情報を家族から得たりするが、それはあくまでもケアにあたっての目安でしかない。アセスメントシートに従って、職員がその人の「好きだった」ものを提供するわけにはいかない。どんなに些細な事項であっても、好き嫌いを表明することができるということは、その人が自分の独自性を保持することにつながる。

5 - (2) 自分で行動を起こすこと

意志決定のもう一つの側面として、自分で行動を起こすことができる能力がある。これは、自分の行動をコントロールすることができる能力でもある。人は、何かを意図し、目標に向かって計画をたてることができる。そのさいには、目標を達成するまでの過程で生じる可能性のある、さまざまな障害を予測する。人生のあらゆる出来事を必然と捉える運命主義の人もしれば、そうでない人もあるが、程度の差はあっても、我々は、自分の人生や生活にある程度コントロールすることができると考えている。入学や就職は言うまでもなく、生活習慣病を予防するための運動や食事の管理など、結果が完全に保証されなくとも、過程を実行することが、自分の人生を自分で動かしているという感覚を生む。もしそれを誰かに妨害されれば、人としてないがしろにされたと考える。

その人が、自分の人生に対して何を意図し、どのような計画を立てるかは、その人の独自性の証明である。痴呆症の人は、そのような能力を失ってしまっているかもしれないが、実行能力がないことと、意図することができないこととは異なる。また、自己決定はそもそも、他者とのかわりのなかで行われる以外にないものであり、本当に自分だけでできる自己決定などないとも言える（小松 2004）。痴呆ケアに携わる者が、どれだけ実行を援助することができるかはわからないが、痴呆症の人の意図を無視することはできない。少なくとも、意図の表明を援助することは行われなければならない。

6 何かに従事すること

意図し行動することと関連するが、人は生きている限り、何かをしていなければならない。一切動くことなしに、身体機能を維持することができないというだけでなく、何か自分にとって意味のある活動を行うことなしに、生きていくことは困難である。定年退職者が、体力的には大変であったにもかかわらず、多忙な現役時代を自らの最も充実していた時期だと感じるということをよく耳にするが、その人にとって人生が充実しているか否かを問わず、その人が何をしてきたのかということが、その人の人生を他の人の人生と区別する大きな手がかりとなる。また人は、自分の人生の構造を、何をしているかによって掴む。長く続けている活動や得意な活動は、その人のアイデンティティの重要な側面を構成している。

退職後の長い期間を、どのように過ごしたらいいのかわからないという人の話が取り上げられることがあるが、痴呆症の人々の場合、かつて従事していたことはもはやできなくなっている。使い慣れた道具を使うことができたとしても、手順を踏んでモノを作り上げることはできない。しかし、人はいつも大きな事業に従事しているわけではなく、簡単な作業に従事することが、大きな意味を持っていることも少なくない。また、役に立つかどうか、金銭的な価値があるかどうか、人によってその判断が異なる。さらには、痴呆症の人々の場合、その活動が他者には何の意味も成さないものであっても、その人がそれを従事すべき活動だと位置付けていればそれでよい。痴呆症であっても、限られた能力のなかで、どのような活動を行いたいのかを表明することができるし、実際に従事することも、かなり後期まで可能である。

身体機能やアイデンティティを維持することができるだけでなく、自信もまた活動を行うことによって得られる。自信がないと将来に展望を持つことができないが、自信を持って行うことができる活動は、長年続けていた得意の活動である。それらの活動が徐々にできなくなっていくことによって、痴呆症の人々は、個人としての独自性も失っていく。ただし、何かをすることができなくなっても、その良し悪し、美醜、巧拙などを判断する能力は、比較的后まで保たれることが多い。

7 死後の世界についての考え方を尊重されること

痴呆症であるか否かを問わず、墓参を行うことは、高齢者にとって重要な要望であることが多い⁴⁾。特定の宗教の信者であると明確に言うことができる人はそう多くないが、高齢者でなくとも、宗教的なことに全く関心がないという人はほとんどない。自らを仏教徒と言える人は多くないだろうが、仏教の宗旨のどれかに属していることになっていれば、盆、彼岸には墓参を行い、節目には法事を催す。祖先の祭祀を行う立場にあり、墓地が自宅近くであれば、墓石に花を絶やさないとということが高齢者の生活の一部となっていることも珍しいことではない。

痴呆症となることで、祖先を祀るという感覚や、何かに祈りたいという心情が無くなるわけではない。しかし、在宅ではともかく、施設では、定期的な墓参を援助することはなかなかできない。何人かの利用者を個々に墓参に連れて行くことは、利用者全員が参加できるような行事を行うことよりも大変かもしれない。また、自らの死について利用者がどのように考えているのか、高齢者にとって祖先祭祀がどのような意味を持っているのか、などについてはほとんど関心が払われていないのが現状である。

我々は、痴呆症になると、祖先を祀るという感覚もなくなってしまうと考えがちである。痴呆症の進行に伴って、物事を順序だてて実行していく能力が失われてしまい、欠かすことのなかった墓参や、日々の祭祀が行われなくなると、周囲はそれを、痴呆症の人が祖先祭祀を自ら放棄したのだと受けとめてしまう。また、祖先祭祀の気持ちが残っているとわかっていても、痴呆症の進行から在宅生活が困難となって施設に入所すると、それを機会に、仏壇や遺影などを含め、それまで精神的な安定をもたらしていたものとの関係がすべて断ち切られる。痴呆症の人が「仏さ

ん」と言うとき、それは自分より先に死んでしまった家族と自分との関係やいきさつについて語りたいというニーズの表明であることが多いように思われる。それは、特定の宗教行為ではなく人間のスピリチュアリティ⁵⁾に関わるものである。高齢者に対する援助プログラムとして、配偶者との死別による悲嘆への対処などが積極的に取り上げられるようになったのさえ、ごく最近のことであるが、祖先祭祀や自らの死などが痴呆症の人の口にのぼる場合には、それを適切に受けとめ、施設内で精神的な安らぎを感じることができるような援助を工夫すべきである。

痴呆症の人々を無名でなくするために

痴呆症であっても人として受け入れられることが、個室があり、豊富な活動プログラムがあることよりも大切なのではないかということから出発し、援助者が痴呆症の人を人として受け入れるためにはどのような側面に焦点をあてたらよいのかということをも多少とも明確にすることが、本稿のテーマであった。痴呆症の人々を介助する日々の業務のなかで、施設は一般社会よりも痴呆症の人々が生きやすい場であるという自負を職員は持っているが、本当に自分たちが痴呆症の人々を人として受け入れることができているのか、その実感や手ごたえをつかむことは容易ではない。

痴呆症の人々は、一般社会では一人前の人間として扱われない。痴呆症の人は、おかしいことを言うものであり、合理的な考え方をしないし、言うことを信用することもできないと見做され、痴呆症の人の行動は、その人が無能力だという前提のもとに解釈される。そのために痴呆症の人々は行動を制限され、一人前の成人には提供される情報も提供されず、疾病や投薬に関する説明も、家族や施設職員に対してのみ行なわれたりする。痴呆症の人々の財産を保護したり、身上を監護したりすることはもちろん必要であるが、自分は一人では何もできない、誰かに頼らなければ生きていけないと常に感じていなければならないということは、その人のアイデンティティを脅かす。

ところが、生活のほぼすべてが他者の手に握られているのは痴呆症の人々であるにもかかわらず、援助している職員もまた、自分たちの行動がすべて痴呆症の人々によってコントロールされていると感じてしまう。十分ではない職員配置で、身体介護と環境整備に追われ、利用者とは人間らしい関係を築くこともできないままになり、利用者が集団として、仕事量として、自分たちにのしかかってくるように感じられるのである。そこには、利用者全体に対して果たすべき義務と責任だけがあり、利用者一人ひとりの個性は顧みられない。個性のないところでは、個別の配慮も行われず、痴呆症の人々の生活はますます職員の手になねられる度合いを増していく。業務の対象となると、対象となった側は疎外されていると感じ、自尊心を失っていく。そこでは、痴呆症の人が自分自身を喪失していくとともに、職員たちもまた、その人を徐々に自分のなかから消滅させていく。

痴呆症の人々の日常生活を支援するさいの、職員の負担の程度は、身体介護がどの程度必要で

あるかということと、痴呆症の進行の程度との組み合わせで異なる。アルツハイマー病の初期～中期のように、痴呆症状への対応が主となる場合と、脳梗塞その他の要因によって、痴呆症状とともに、排泄・入浴・食事などの身体介護も行なわなければならない場合とでは、支援にあたる側の負担の中味が異なり、後者の場合においても、痴呆症状の進行の程度によって支援内容は異なってくる。アルツハイマー病の人を介護する場合、症状が進んで徘徊などの行動障害がなくなると、介護の負担自体は軽くなると言われるように、排泄・入浴・食事の介助そのものは、職員にとって負担の重さとして感じられにくい。排泄介助によって混乱したり、入浴を拒否されたり、食べ物の入った食器をひっくり返されたりすることへの対処は、負担が大きい。通常の説明が相手に通用しないということが、大きなストレスとなる。

施設の職員は、痴呆症によるそのような行動について、本人を責めることができないことをよく理解しているが、自分が痴呆症というものを本当はどのように捉えているのか、痴呆症の人々の言動を通して気づいていく。そして、痴呆症に対する恐れや忌避の感情があることを認めざるを得なくなる。痴呆症の人々の無意識は意識に近いところにあり、痴呆症の人々は、援助にあたる側が投げかけたものの中に含まれている恐怖や嫌悪を、自分たちの態度やことばにして返してくる。これは、痴呆症の人からの重要なメッセージであるが、職員の側がそれに応答できるだけのコミュニケーション・スキルを持っていないことが多い。痴呆ケアに関る人材の育成にあたっては、そのためのコミュニケーション・スキルを向上させ、このような経験を専門職者としての成長に結び付けていくことができるかどうか、鍵となるように思う。

注

- 1) personhood は、その人中心のケア (person-centered care) の中核となる概念であり、その人が何者で、自分の存在する世界をどのように理解し、経験しているか、またその人が「自分自身である」という認識を維持するためには何が必要なのか、ということを考えていかなければならないという主張である。辞書で引くと、personhood は個性と訳されているが、それがここで適当であるかどうか、筆者には判断がつかない。広辞苑では「個性」について、「個人に具わり、他の人とはちがう、その個人にしかない正確・性質。個物または個体に特有な特徴あるいは性格。」とされているが、日本語では「個性を伸ばす」「個性を尊重する」というように、そこにはポジティブな価値が主として表明されていると感じられる。Kitwood (1997) による personhood の概念は、ネガティブな側面をも含め、その人の特性をすべて現していると考えられるため、ここではそのまま使用した。本稿における「個人性」「その人らしさ」については、Kitwood (1997)、永田 (1999) の他に Killick & Allan (2001) を参考にしている。
- 2) ユニットケアの目的や利点はこのことだけではないが、ユニット化によって従来の数十人という単位が分割され、介護職員の移動する距離が短くなることは大きな意味を持つ。
- 3) このことは、ボーデン (2003)、Killick & Allan (2001)、Kitwood (1997)、三好 (2003)、小沢 (2003)、などに共通する考え方である。
- 4) この点について、例えば総務庁 (1997) の調査によると、日本人高齢者は他国の高齢者と比較してほとんど宗教活動を行っていないという結果が出ているが、宗教活動ということばから連想される行為と日常の習慣的な祖先祭祀行為とは全く異なるものである。また、葬儀や墓地に対する考え方が大きく変化し、葬儀の簡素化や墓の形態の変化がみられるものの (碑文谷 2003)、それは人々が死を軽視してい

るということではなく、死を極めて固有のものとして捉えるようになってきているということである。死は高齢者にとって身近な問題であり、特定の宗教活動などではない彼岸（あちらがわ）と今の自分（こちらがわ）との連続性を感じることは大きな意味を持っている（例えば、吉本 2001）。また、特別養護老人ホームを中心に活動を行っている N P O 法人（介護保険市民オンブズマン機構・大阪（<http://www1.ocn.ne.jp/~o-net/index.html>）の活動報告においても、利用者のあいだに墓参の要望のあることが示されている。

- 5) 我々は誰しも基本的なレベルで、未知ではあるが生まれる前から持っている何かと自らを関連付けている部分があるのではないか。それは、人間の核となるものについての問いに関するものであるが、宗教的であることと同一ではない。米国のソーシャルワーク援助においてスピリチュアリティの重要性が認識されるようになったのは、1980 年代以降のことであり、それ以前は、特定の宗教や宗派と結びつくものであるとして、教育においても実践においても避けて通る傾向がみられた。しかし、スピリチュアリティに対する関心は Towle によっても早くから示されており、彼女は「その人のスピリチュアルなニーズを認識しなければならない」と述べている（1965）。スピリチュアリティの定義は現在も定まっていなかったが、「環境のなかの人」というソーシャルワークの重要な視点からも、クライアントの多様性を認識しなければならないという点からも、援助にあたって無視することのできない側面であるとみなされるようになっている。

引用・参考文献

- クリスティーン・ボーデン『私は誰になっていくの？：アルツハイマー病者からみた世界』松垣陽子訳、クリエイツかもがわ、2003 年。
- シモヌ・ド・ボーヴォワール『老い』朝吹三吉訳、人文書院、1972 年。
- Cooley, C.H., Human Nature and the Social Order. NY: Charles Scribner's Sons, 1902.
- ナオミ・フェイル『バリデーション：痴呆症の人との超コミュニケーション法』篠崎人理・高橋誠一訳、筒井書房、2001 年。
- エーリッヒ・フロム『人間における自由』谷口隆之助・早坂泰次郎訳、東京創元社、1955 年。
- 浜口恵俊『間人主義の社会日本』東洋経済新報社、1982 年。
- 碑文谷創『死に方を忘れた日本人』大東出版社、2003 年。
- 木村敏『人と人との間』弘文堂、1972 年。
- Killick, G. & Allan, K., Communication and the Care of People with Dementia. Buckingham: Open University Press, 2001.
- 木下康仁『老人ケアの社会学』医学書院、1989 年。
- Kitwood, T., Dementia Reconsidered: The Person Comes First. Buckingham: Open University Press, 1997.
- 小松美彦『自己決定権は幻想である』洋泉社、2004 年。
- 三好春樹『痴呆論：介護からの見方と関わり学』雲母書房、2003 年。
- 茂木健一郎『意識とはなにか：私を生成する脳』筑摩書房、2003 年。
- 永田千鶴『ケアにおける「その人らしさ」の尊重』介護福祉学、6 巻 1 号、36-46 頁、1999 年。
- 西村コミ『語りかける身体：看護ケアの現象学』ゆみる出版、2001 年。
- 小澤勲『痴呆を生きるということ』岩波新書、2003 年。
- Post, S., The Moral Challenge of Alzheimer Disease. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press, 1995.
- 総務庁長官官房高齢社会対策室（監修）『高齢者の生活と意識：第 4 回国際比較調査結果報告書』中央法規、1997 年。
- 高垣忠一郎『生きることと自己肯定感』新日本出版、2004 年。
- Towle, C., Common Human Needs (rev.ed.), NY: NASW, 1965.

山田和夫 『「外なる自己」のつくり方』 亜紀書房，2004年．

吉本隆明 『幸福論』 青春出版社，2001年．